

Рис. 2. Встречаемость рецидива кариеса (n= 156).

Признаки заболеваний пульпы зубов были зарегистрированы по I и V классу у 2,76 % случаев, по II классу – 5,12 % случаев.

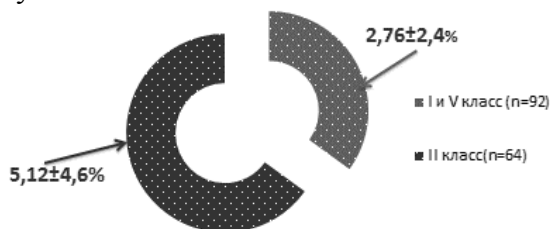


Рис. 3. Наличие жалоб, признаки заболеваний пульпы зубов (n=156).

Таким образом, с учётом развития всех осложнений (заболевания пульпы зубов, рецидив кариеса), а так же выпадений и существенных дефектов пломб, что составило 11,04 %, общая клиническая эффективность лечения кариеса дентина по I, V классу у детей составила 88,96 %.

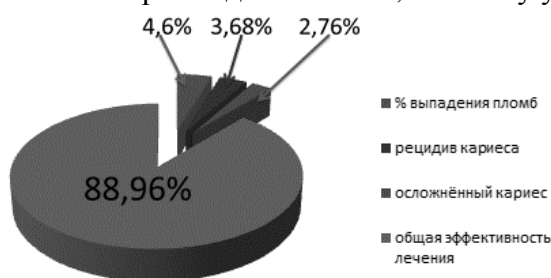


Рис. 4. Общая клиническая эффективность лечения кариеса дентина с использованием GC Fuji Triage.

**Выводы.** Применение биоактивного стеклоиономерного цемента GC Fuji Triage является клинически обоснованным для повышения эффективности лечения кариеса дентина временных и постоянных зубов с позиции реализации высокореминерализующего и кариесстатического эффекта данного СИЦ на зубные ткани (эмаль, дентин), что, в конечном счете, влияет на долгосрочный результат лечения и повышает качество оказываемой стоматологической помощи.

#### Литература:

1. Лобовкина, Л.А., Романов, А.М. Применение стеклоиономеров в терапевтической стоматологии / Л.А. Лобовкина, А.М. Романов // Стоматолог-практик. – 2011. – №1. – С. 1-5.
2. Ten-year survival of ART restorations in permanent posterior teeth / R.L. Zanata [et al.] // Clin. Oral Investig. – 2010. – Vol. 2. – P. 233-240.

УДК 616.31-053.2:[616.9:615.33]

## ВЫБОР АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Кабанова С.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Заболеваемость острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области у детей составляет 43–52 случая на 1000. Наиболее часто в детском возрасте

развиваются периоститы челюстей и лимфадениты. Проблемными вопросами при оказании помощи детям с гнойно-воспалительными процессами являются большое количество диагностических ошибок в связи с особенностями течения воспалительных заболеваний в различные возрастные периоды, а также поздняя госпитализация в связи с быстрым развитием заболеваний и развитие тяжелых осложнений (медиастенит, тромбоз лицевого синуса, сепсис, менингит, менингоэнцефалит). Факторами, которые приводят к ухудшению ситуации с острой одонтогенной инфекцией являются снижение уровня санации полости рта, желание всеми силами сохранить пораженный зуб, а также развитие воспалительных процессов у детей на отягощенном преморбидном фоне и самолечение [1].

В связи с этим, важнейшими задачами при оказании стоматологической помощи детям с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, являются совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения воспаления, среди которых важное место занимает антибиотикотерапия. Снижение эффективности антибиотиков связано с применением препаратов в малых дозах, краткосрочные или чрезмерно длительные курсы антибиотикотерапии, бесконтрольное самостоятельное применение антибиотиков [2]. Антибактериальная политика, задачей которой является профилактика развития устойчивости микроорганизмов к лекарственным средствам, включает: выбор антибиотиков на основе данных микробиологического исследования при наличии бактериальной природы заболевания, оптимизацию дозировок и способов введения, периодическую замену широко применяемых препаратов недавно созданными или редко назначаемыми (резервными), комбинированное назначение препаратов, выделение антибиотиков для амбулаторной практики и стационара. использование ступенчатой антибиотикотерапии, постоянный анализ штаммов микроорганизмов и их чувствительности в больничной среде конкретного вида стационара, выбор антибиотиков с учетом региональных особенностей, планирование мероприятий по предупреждению внутрибольничной инфекции, выделение антибиотиков 1,2,3 линии терапии.

К проблемам антибиотикотерапии следует отнести формирование резистентности, нежелательные реакции, формирование устойчивости не только микроорганизмов - возбудителей, но и сапрофитной микрофлоры, возможная связь между применением антибиотиков, и накоплением избыточного веса в будущем, что подтверждается применением АБ в качестве стимуляторов роста у животных.

**Цель исследования:** обосновать выбор антибиотиков при лечении острой одонтогенной инфекции у детей.

**Материал и методы.** У всех пациентов детского возраста, госпитализированных в стоматологическое отделение ВОКБ по поводу гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, изучен видовой состав микроорганизмов, их чувствительность к антибактериальным препаратам для разработки схем эмпирической антибиотикотерапии.

**Результаты исследования.** Установлено, что в гнойном отделяемом 29,46% пациентов микроорганизмов не выделено. У 39,57% пациентов обнаружены стафилококки (основной возбудитель – эпидермальный стафилококк), стрептококки (основной возбудитель – гемолитический стрептококк) выделены у 23,44 % детей, палочки – у 7,31% пациентов, грибы рода *Candida* – у 0,22% детей. Стафилококки чувствительны к цефалотину (94,05%), ципрофлоксацину (90,22%), норфлоксацину (92%), пefлоксацину (86,73%) офлоксацину (87,5%), рифампицину (84,48%), цефазолину (81,25%), цефотаксиму (80,39%). Стрептококки чувствительны к тейкопланину (69,07%), нитрофурантоину (69,79%), ванкомицину (71,43%), цефалотину (74, 0%), рифампицину (89,79%). Грам - положительные палочки чувствительны к амоксициллину (100%), имипинему (100%) гентамицину (100%) ципрофлоксацину (100%), сульфаметаксозолу (100%), амикацину (85,71%), тетрациклину (85,71%), пefлоксацину (85,71%), офлоксацину (85,71%), котримаксозолу (85,71%). Грам- отрицательные палочки чувствительны к гентамицину (90,48%), ципрофлоксацину (95,24%), нетилмицину (88,89%), тобрамицину (88,25%), амикацину (86,36%), офлоксацину (85%). Учитывая то, что у детей не используются тетрациклины и фторхинолоны, на основании определения чувствительности антибиотиков к микроорганизмам нами разработаны схемы использования антибиотиков для данной категории пациентов. В качестве стартовой терапии в случаях первого эпизода легкой формы заболевания у пациентов, не

принимавших ранее антибиотики. предлагается использовать амоксициллин в дозировке 40-90 мг/кг/сутки 2-3 раза в сутки. В качестве препаратов второй линии при наличии антибиотикотерапии в анамнезе у часто болеющих детей с рецидивирующими формами заболеваний предлагаются амоксициллин/клавулат (аугментин) – 40-90 мг/кг/сут, 2-3- раза в сутки, цефуроксим аксетил – 30 мг/кг/сут, 2 раза в сутки, цефаклор - 20-40 мг/кг /сутки, 2-3 раза. При аллергии на бета-лактамы антибиотики применяются препараты третьей линии: азитромицин – 10 мг/кг/сутки, 1 раз в сутки и кларитрамицин – 15 мг/кг/сутки, 2 раза в сутки.

#### **Выводы.**

1. Основным микроорганизмом, выделяемых из гнойных ран челюстно-лицевой области у детей является эпидермальный стафилококк.

2. На основании анализа чувствительности микроорганизмов к антибиотикам выделены антибактериальные препараты для стартовой терапии (амоксициллин), антибактериальные препараты второй (амоксициллин/клавулат, цефуроксим аксетил, цефаклор) и третьей (азитромицин, кларитрамицин) линии.

#### **Литература:**

1. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко, И.Л.Чехова. – М. : Кн. плюс, 2005. – 470 с.

2. Страчунский, Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов. – Смоленск : МАКМАХ, 2007. – 464 с.

**УДК 616.31-089:615.33**

### **САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПАЦИЕНТАМИ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Кабанова А.А., Дорошенко Н.В., Титов В.Р., Чернина Т.Н., Кabanова С.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Антибиотики – одни из наиболее часто используемых лекарственных средств в стоматологии наряду с анальгетиками и местными анестетиками. В основном они используются для лечения одонтогенной инфекции и профилактики развития осложнений, реже – для предотвращения развития воспалительного процесса. Доля использования антибиотиков в стоматологии относительно общего числа назначаемых антибактериальных лекарственных средств в индустриальных странах составляет около 10,0 % [1].

Современными исследователями разработаны основные принципы антимикробной терапии: раннее начало АБТ; выбор лекарственного средства и способа его введения с учетом особенностей заболевания и соматического статуса пациента; выбор оптимальных схем лечения с учетом возбудителя и локализации патологического очага; рациональная комбинация антимикробных препаратов. В проведении эффективной АБТ значимую роль играют чувствительность возбудителей, доза лекарственного средства, пути и частота его введения, способы его доставки в организм и к очагу воспаления [2].

Однако проблемы использования лекарственных средств в стоматологии и медицине в целом остаются по-прежнему очевидными. Так, в США в период 2007-2009 гг. в амбулаторной практике врачи назначали каждому десятому пациенту антибиотик. В 60,0 % наблюдений это был препарат широкого спектра действия, а в 25,0 % – эти назначения были сделаны при наличии у пациента заболевания, не являющегося показанием для АБТ [3]. В таком контексте бактериальная устойчивость приобретает еще большую актуальность для медицины и в последнее время очень активно обсуждается в стоматологии [4]. Одной из причин повышения резистентности возбудителей является расширение показаний к применению и несоответствующее использование антибиотиков, особенно широкого спектра действия, а также самостоятельное неконтролируемое применение лекарственных средств пациентами [5].

**Цель исследования.** Провести анализ самостоятельного применения антибиотиков пациентами с хирургической стоматологической патологией.